

1ª PARTE
Para ser completado por OFICINA DE VENTAS / AGENTES

Responda TODAS las preguntas. Marque una cruz(x) en los casilleros "SI" o "NO". Use LETRA TIPO IMPRENTA o MÁQUINA DE ESCRIBIR

A	NOMBRE COMPLETO				EDAD
B	ITINERARIO PROPUESTO	Desde	Hacia	Fecha	PNR(Código de Reserva)
C	OFICINA O AGENCIA			Teléfono	
D	¿NECESITA SILLA DE RUEDAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿PUEDE DESPLAZARSE POR SÍ SOLO DISTANCIAS CORTAS?	SI <input type="checkbox"/>
					NO <input type="checkbox"/>
E	ACOMPAÑANTE PROPUESTO: nombre, sexo, edad, profesión u oficio, segmentos en caso de ser diferente al del pasajero. En caso de persona no calificada anote ACOMPAÑANTE DE VIAJE.				En caso de pasajeros con discapacidad visual o auditiva, indique si viaja con perro de asistencia.
	En caso que viaje solo, indique persona de contacto, nombre y teléfono.				
F	EL PASAJERO ES RESPONSABLE DE CONTRATAR LOS SERVICIOS DE TRASLADO PARA EMBARQUE/ DESEMBARQUE, DESDE/HACIA LA AMBULANCIA HASTA EL ASIENTO DEL AVIÓN		Especifique Compañía de Ambulancias:		
			Teléfono Contacto Ambulancias:		
			Especifique dirección en destino:		
G	NECESIDAD DE OTROS PREPARATIVOS EN TIERRA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Caso Positivo ESPECIFIQUE e indique más abajo en cada ítem (a) Convenio con la Compañía Aérea u otra organización, (b) Quién absorbe el GASTO y (c) Número de teléfono(s) y direcciones donde corresponda o cualquier persona en particular designada para prestar asistencia al pasajero.	
	1 Preparativos para la entrega en el Aeropuerto de SALIDA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especifique	
	2 Preparativos para asistencia en PUNTOS DE CONEXION	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especifique	
	3 Preparativos para asistencia en PUNTOS DE LLEGADA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especifique	
	4 Otros preparativos o Información Importante	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especifique	
	Posee tarjeta Fremec Vigente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
H	REQUERIMIENTOS ESPECIALES EN VUELO tales como asiento extra (sólo asiento contiguo), comida especial (sólo vuelos internacionales).	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especifique	

DECLARACION DEL PASAJERO

Yo autorizo al Dr. _____ a proporcionar a las Compañías Aéreas información requerida por sus Departamentos médicos con el fin de determinar mi aptitud para el transporte aéreo y en consecuencia relevo al médico de sus obligaciones éticas al respecto y acuerdo cancelar a dicho médico los honorarios respectivos. Estoy consciente que si el transporte es aceptado, mi viaje está sujeto a las condiciones generales de transporte y tarifas de la Compañía Transportadora y que el transportador no asume ninguna responsabilidad que exceda dichas condiciones y tarifas. Asumo la responsabilidad a mi propio riesgo de cualquier consecuencia que el transporte por aire pueda afectar mi estado de salud y relevo al transportador, sus empleados y agente de cualquier responsabilidad por tales consecuencias, especialmente (pero no limitado a) en casos de gastos provenientes de afecciones al estado de salud derivado de preexistencias. Libero asimismo al transportador de toda responsabilidad respecto a cualquier gasto en que deba incurrir en relación a mi estado de salud si un vuelo se hubiere cancelado o retardado por motivos de seguridad o fuerza mayor. Acuerdo reembolsar al transportador a su demanda, cualquier gasto especial o costos en conexión con mi transporte. Acepto que la línea aérea me puede negar el embarque si mi condición no fuera coincidente con los datos entregados o si mi embarque pudiera poner en riesgo mi salud, la de los demás pasajeros o la operación del vuelo.

Importante:

La no presentación de un pasajero en camilla sin aviso para el vuelo en que tenía la reserva, tendrá una penalización del 100% del valor del boleto adquirido. (Donde sea necesario debe ser leído por el/la pasajero(a), fechado y firmado por él o en su nombre).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar	Fecha	Firma del Pasajero	Teléfono Contacto

2ª PARTE
Para ser completado por EL MEDICO TRATANTE

Este formulario tiene por objeto proporcionar la información necesaria que permita a los Departamentos Médicos de las Líneas Aéreas evaluar las condiciones del pasajero para el viaje. Si el pasajero es aceptado, información permitirá impartir las instrucciones necesarias tendientes a proporcionar al pasajero un máximo de bienestar y comodidad. Al MEDICO TRATANTE, se le solicita CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS, marcando con una cruz (X) en el respectivo casillero "SI" o "NO" y/o entregar respuestas concisas y precisas.

Este formulario debe ser reemitido a una oficina de LAN 24 horas previas al viaje

(Oficina Designada del Transportador)

RECOMENDAMOS COMPLETAR EL FORMULARIO USANDO LETRA TIPO IMPRENTA O MAQUINA

Código de Referencia de las Compañías Aéreas MEDA 01	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	
	SEXO	EDAD
MEDA 02	NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE	
	RUT / ID / DNI	ESPECIALIDAD
	DIRECCIÓN	
	FONO CONTACTO -CASA	OTRO FONO
MEDA 03	INFORME MÉDICO -DIAGNÓSTICO detallado -Día, mes, año de los primeros síntomas.	Fecha del diagnóstico o tiempo de evolución
	PROGNOSIS PARA EL VIAJE Riesgo Vital Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	
MEDA 05	¿Sufre enfermedad contagiosa y transmisible? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique:
	Fecha inicio enfermedad _____	
MEDA 06	El paciente, asociado al diagnóstico anteriormente indicado, presenta alguna situación significativa respecto a	Control de Esfínter SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Conducta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otros SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MEDA 07	El paciente, ¿puede usar un asiento normal de la aeronave con el respaldo colocado en posición VERTICAL, cuando sea requerido así? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Requiere camilla SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
MEDA 08	El paciente es independiente para : Comer SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ir al baño SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otros SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique:
MEDA 09	En caso de viajar ACOMPAÑADO, señale el tipo de acompañante propuesto por usted.	Cualquier adulto sicofísicamente (*) apto <input type="checkbox"/>
	(*) Condición apta física y mental para desenvolverse en la cabina de un avión y prestar asistencia a un pasajero en condiciones de emergencia o servicio (fisiológicas y de alimentación)	Profesional de salud (médico u otro) <input type="checkbox"/> Especificar _____
		Otro <input type="checkbox"/> Especificar _____
MEDA 10	El paciente ¿necesita OXIGENO en vuelo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cantidad de flujo _____ Litros/min.
	En caso de viajar con concentrador de oxígeno, especifique modelo _____	(Máx, 6 l/min) ¿Se puede desconectar un lapso breve el oxígeno en caso de necesidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MEDA 11	Por favor entregar listado de medicación farmacológica del paciente.	(a) En TIERRA mientras permanece en el/los Aeropuerto(s). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especifique:	
MEDA 12	Todos los medicamentos son de exclusiva responsabilidad del paciente.	(b) A BORDO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especifique:	
MEDA 13	El paciente, ¿necesita HOSPITALIZACIÓN? (Caso positivo, indique los arreglos efectuados, o si no se han hecho indique "ACCIÓN NO TOMADA")	(a) Durante permanencias prolongadas o pernoctadas en ruta en PUNTOS DE CONEXIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Acción:	
MEDA 14	Adjuntar certificado del centro donde se va a hospitalizar	(b) A la llegada a destino SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Acción :	
MEDA 15	Si requiere incubadora especifique marca y modelo:	
¿NECESITA SILLA DE RUEDAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿PUEDE FLECTAR RODILLAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿PUEDE FLECTAR CADERAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Señale si la patología declarada en este formulario, presumiblemente no presentará variación durante los tres meses siguientes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
IMPORTANTE 1.- La incubadora debe cumplir con las medidas estándar de la Compañía y estar certificada para uso a bordo de aeronaves por la DGAC, FAA, CE u otro organismo similar. 2.- El pasajero en camilla e incubadora siempre necesita ambulancia. Esta será solicitada y cancelada por el pasajero. La no presentación, sin aviso de 24 horas de un pasajero en camilla o incubadora, no tendrá derecho a la devolución del valor del servicio. 3.- Los cilindros de oxígeno serán sólo provistos por LAN (sólo oxígeno seco) y el servicio será entregado sólo a bordo. El pasajero oxígeno dependiente es responsable de asegurar suministro de oxígeno en destino. 4.- Los concentradores de oxígeno deben ser provistos por el pasajero y de un modelo aprobado por la normativa aeronáutica. 5.- LAN no provee elementos de uso fisiológico. 6.- La Compañía podrá condicionar la aceptación del transporte y/o negar el embarque del pasajero si de acuerdo a los antecedentes entregados en este formulario existen riesgos tanto para la salud del propio pasajero como la de los demás y también en los casos en que el formulario no refleje el estado de salud actual del pasajero al momento del embarque. Infórmese de los términos y condiciones en www.lan.com (Sección información de viaje). El médico que firma, Dr. _____, declara que el paciente se encuentra en condiciones de efectuar un viaje por vía aérea, con las precauciones arriba descritas, sin riesgo de deterioro en su condición a consecuencia directa del vuelo. Asimismo declara conocer las consideraciones especiales para el transporte aéreo, algunas de las cuales se detallan en el anexo.		
FECHA	LUGAR	FIRMA DEL MEDICO TRATANTE